

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 10 Juin 1909, à 1 heure

PAR

Antoine LATOUR

Né à La Barthe de Neste le 26 décembre 1881

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU

TRAITEMENT DE LA COXALGIE

Par les injections intra-articulaires précoces

Président : M. ALBERT ROBIN, professeur

Juges { *MM. RAYMOND, professeur*
GILBERT BALLEST, professeur
CARNOT, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE, Éditeur

15, rue Racine, 15

—
1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS.		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		Ch. RICHET
Physique médicale.		GABRIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		BOUCHARD
Pathologie médicale.		} BRISSAUD
		} DEJERINE
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.		PIERRE MARIE
Histologie.		PRENANT
Opérations et appareils.		HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.		POUCHET
Thérapeutique.		GILBERT
Hygiène.		CHANTEMESSE
Médecine légale.		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée.		} ROGER
		} HAYEM
Clinique médicale.		} DIEULAFOY
		} DEBOVE
		} LANDOUZY
		} HUTINEL
Maladies des enfants.		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GILBERT BALLEST
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND
		} DELBET
Clinique chirurgicale.		} QUENU
		} RECLUS
		} SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		} PINARD
Clinique d'accouchements.		} BAR
		} RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		} POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFPPEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CALOT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBIN

Professeur de Clinique Chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU
Traitement de la Coxalgie
par les Injections intra-articulaires précoces

INTRODUCTION

Le nombre toujours croissant des tuberculoses dirigées sur Berck, où nous avons eu l'honneur d'être l'interne du Dr Calot, nous laisse croire que l'étude des diverses manifestations de la tuberculose osseuse est toujours d'actualité. Aussi, malgré le peu de distance d'une communication du Dr Calot, de l'édition de son traité d'orthopédie indispensable et des nombreuses publications apportées dans la littérature médicale, il ne nous a pas paru inutile de reprendre la question des injections modificatrices dans la coxalgie, certains que nous sommes que la technique que nous allons exposer pourrait aussi bien s'intituler : « Le traitement préventif des destructions osseuses dans la coxalgie. »

Avant d'aborder la méthode que nous proposons, nous passerons en revue les diverses méthodes de traitements employées jusqu'à ce jour, car des critiques que nous serons obligé de faire découle l'utilité de chercher un traitement meilleur, que nous croyons réalisé par la formule nouvelle. Quelques observations prises parmi les nombreux malades ainsi traités, et que nous croyons concluantes, justifieront l'intérêt qui s'attache à cette question.

On nous reprochera peut-être d'avoir abusé des citations. Mais à propos d'un sujet qui a soulevé tant de discussions nous avons jugé utile d'appuyer notre opinion sur celle de gens dont personne ne conteste l'expérience et la compétence.

CHAPITRE PREMIER

Etude des différents procédés thérapeutiques

Les traitements de la coxalgie proposés jusqu'ici sont de deux ordres : Conservateurs ou chirurgicaux.

Ils varient suivant l'époque à laquelle on envisage la maladie, suivant le cas qui se présente.

Nous n'envisagerons ici que la coxalgie au début, au moment où le diagnostic se précise. Nous laisserons de côté les cas d'exception, coxalgies suppurées ou fistuleuses, qui réclament peut-être des soins spéciaux, le traitement que nous allons proposer ayant pour but de prévenir ces complications.

La méthode chirurgicale ne nous arrêtera pas longtemps, car elle est aujourd'hui à peu près abandonnée. Nous nous contenterons pour combattre la résection de citer deux opinions émises à quelques années d'intervalle par des hommes dont les tendances chirurgicales sont connues de tous.

L'un, l'auteur du *Traité des résections*, Ollier, écrit en 1891 (1) : « Malgré la multiplication des indications de la résection, les anciennes méthodes

1. *Traité des résections*, t. III, p. 61.

de traitement doivent encore tenir la première place dans la thérapeutique pour la forme apyrétique de la coxalgie.

« Il vaut mieux sans doute éliminer et expulser au dehors tous les produits tuberculeux ; mais on ne sait jamais d'avance les limites des altérations osseuses, et on ne peut pas être sûr de les trancher par une résection ; de sorte que nous croyons qu'il vaut mieux s'abstenir de toute intervention directe sur les os malades dans les cas où la guérison naturelle paraît encore pouvoir être obtenue. »

La deuxième opinion est plus récente, peut-être plus autorisée. En tous cas il nous est agréable de l'appeler à la défense de notre cause. C'est celle de M. Ménard qui dit dans son *Etude sur la coxalgie* : « L'opération que l'on appelle classiquement la résection de la hanche doit porter un autre nom : c'est un drainage de la hanche... Le traitement de la coxalgie sans abcès appartient exclusivement aux méthodes conservatrices. »

Nous pourrions encore citer avec beaucoup d'autres l'opinion de M. Kirrison dans le *Traité de chirurgie* : « La résection ne doit jamais être une méthode de choix dans le traitement de la coxalgie. C'est une méthode de nécessité qui s'impose à nous lorsque tous les autres moyens ont échoué, et qu'on peut redouter la mort du malade à la suite d'une suppuration prolongée. »

Et nous concluons avec M. Calot que la résection est une mauvaise opération qui mutile le malade

sans guérir sa tuberculose. Elle n'est utile que comme moyen de drainage.

Or, il ne faut pas oublier que la coxalgie n'aboutit que tardivement à la suppuration, et nos efforts doivent tendre à ne pas arriver à cette période ultime de la maladie.

La chirurgie ayant déposé son bilan, reste l'examen des méthodes dites conservatrices.

Le repos, facile à prescrire, peu compromettant, suffit dans quelques rares cas de coxalgies bénignes.

Il est surtout utile à la période d'examen pour nous assurer de la non-existence d'une coxalgie grave. Car il suffit à faire disparaître les vagues douleurs et la sensibilité qui accompagnent certaines arthrites non tuberculeuses. Mais il empêche très rarement la coxalgie de passer à la deuxième période clinique, dite des déviations.

Contre ces déviations on a proposé :

- 1° L'extension continue ;
- 2° Les appareils.

L'extension continue combinée aux appareils de marche ne nous arrêtera pas. Longtemps en vogue à l'étranger, en Amérique surtout, elle n'a pas eu grand succès en France. Les Américains eux-mêmes tendent à l'abandonner et proclament que la méthode française doit être la base de tout traitement sérieux et vraiment efficace.

L'extension continue est « la meilleure ou la pire des choses suivant l'usage qu'on en fait » dit M. Calot. Un grand nombre de coxalgiques lui doivent leur gué-

raison et la conservation de leurs mouvements. Aussi ne faudrait-il pas être injuste envers une méthode qui, après avoir joui d'une trop grande faveur, a été peut-être victime d'un trop grand discrédit.

Les reproches qu'on lui a adressés proviennent de ses qualités : elle n'immobilise pas suffisamment l'articulation. Elle ne peut s'appliquer qu'à des malades raisonnables ou très bien surveillés. Il ne faut à aucun prix l'employer si l'on ne peut compter sur une surveillance constante de l'entourage du malade. Comme dit M. Calot « on s'endort dans la satisfaction trop prompte du devoir accompli et pendant ce temps le malade se déforme ».

A l'hôpital, où les malades ne peuvent être suffisamment surveillés, l'extension continue est souvent plus nuisible qu'utile.

« Enfin il ne faut pas demander à l'extension continue plus qu'elle ne peut donner.

« Il y a des cas de coxalgies douloureuses ou de déviations rebelles dans lesquelles elle ne suffit pas à faire disparaître soit la douleur, soit la déviation. Cette douleur ne sera calmée qu'avec l'appareil plâtré et cette déviation ne sera effacée que par une correction faite sous chloroforme suivie immédiatement de l'application d'un bon appareil. »

L'appareil plâtré est, entre tous, le moins coûteux, le plus facilement applicable, le plus appliqué et, il faut le dire, le plus efficace.

L'appareil plâtré bien fait assure la suppression des douleurs, la bonne contention du membre, et



Fig. I. — Coxalgie droite avec lésion prédominante du col et de la tête

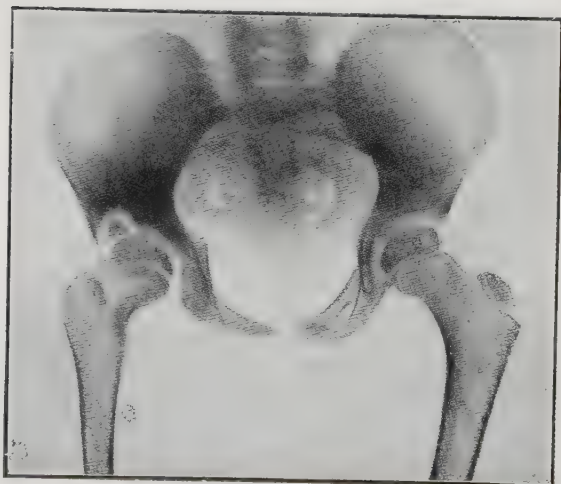


Fig. II. — Ici les lésions se trouvent sur le plafond de la cavité cotyloïde

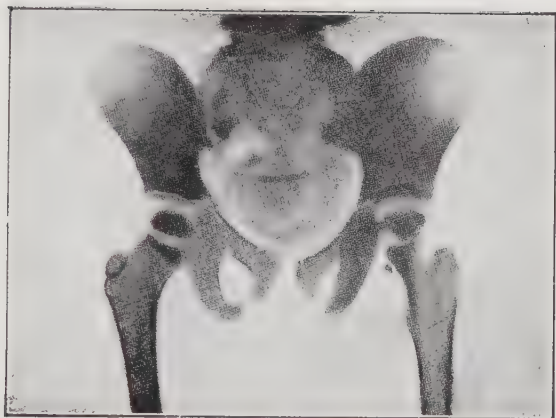


Fig. III. — Coxalgie gauche avec lésion du col

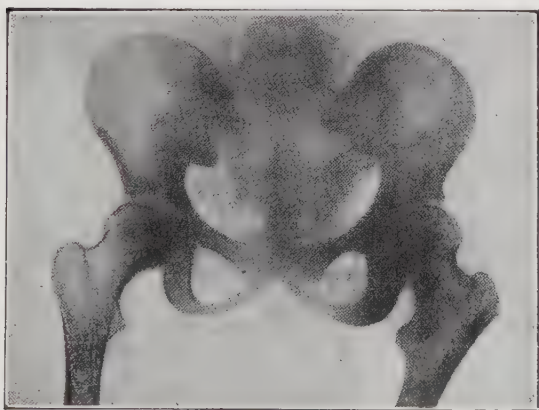


Fig. IV. — Coxalgie droite au début ; on voit du côté malade une dépalcification diffuse

procure la guérison dans bien des cas où le repos et l'extension continue sont manifestement insuffisants.

On a reproché à l'appareil plâtré de produire l'atrophie des muscles. C'est un reproche exagéré à notre avis, car l'atrophie est plus le fait de la maladie que du traitement employé.

On a dit qu'il empêche de surveiller l'apparition ou l'évolution des abcès. Il n'en est rien, car la clinique peut prévenir la formation d'un abcès plusieurs mois à l'avance. Une fenêtre pratiquée dans le plâtre permettra de surveiller les points qui ont paru suspects au moment du changement d'appareil. Rien n'empêche d'ailleurs de diviser après la dessiccation, l'appareil en deux valves maintenues par des bandes de tarlatane gommée.

Quant aux escarres, elles relèvent plutôt de la maladresse du chirurgien qui a fait un mauvais appareil.

Mais il est un reproche que l'on peut adresser à ces trois traitements et qui n'a pas été formulé assez nettement jusqu'ici : ils sont insuffisants à empêcher la destruction osseuse.

Bien souvent en effet, le repos et l'immobilisation si parfaits soient-ils ne peuvent arrêter l'évolution du foyer tuberculeux.

Et si autrefois on disait que la coxalgie est toute dans l'inversion, on a dû changer la formule et dire : la coxalgie est toute dans la destruction osseuse.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

L'anatomie pathologique de la coxalgie au début n'a pas été nettement déterminée. Il arrive rarement, en effet, que l'on puisse faire l'autopsie de sujets récemment atteints, et l'autopsie des sujets qui meurent de coxalgie ne donne aucun renseignement sur les lésions du début.

Aussi les résultats donnés par les divers auteurs sont-ils contradictoires.

Les uns, avec M. Lannelongue, admettent un début à peu près exclusivement osseux.

Les autres, au contraire, pensent que c'est la synoviale qui est d'abord atteinte.

Il serait difficile de se faire une idée exacte après la lecture de toutes les statistiques. Il est probable que les deux formes osseuse et synoviale s'observent à peu près également. Il ne nous appartient pas de prendre un parti entre des opinions aussi autorisées et nous nous contenterons de citer deux passages de l'ouvrage de M. Ménard sur la coxalgie.

« Dans un fait où l'affection était peu ancienne, nous avons trouvé les cartilages amincis ; des coupes

nombreuses sur le fémur et l'os iliaque ne nous ont découvert aucun point osseux suspect. Le petit nombre de faits positifs qui ont démontré la forme osseuse primitive ne permet pas une généralisation.

« En tenant compte des formes très bénignes de la coxalgie qui se terminent avec conservation intégrale des fonctions, on est conduit au contraire à incliner vers l'origine synoviale de l'arthrite...

« Si l'origine osseuse est démontrée, ce qui ne fait aucun doute, sa fréquence reste inconnue. Il n'est pas permis, quant à présent, d'affirmer qu'elle soit constante. »

A la résection divers auteurs ont signalé l'existence de « nids tuberculeux », de cavernes plus ou moins grandes. Ces foyers osseux communiquent par un orifice plus ou moins large avec la cavité articulaire. Ils contiennent le plus souvent des débris fongueux ou caséux, rarement de petits séquestres.

Mais en même temps on trouve des lésions de la synoviale et des cartilages articulaires. Rien ne permet de conclure que ces lésions osseuses sont primitives. Reste à savoir si au contraire elles ne se sont pas produites secondairement.

Peu nous importe d'ailleurs, car au moment où les foyers d'origine osseuse se manifestent par des signes cliniques, ils nous sont accessibles par la cavité articulaire avec laquelle ils communiquent.

C'est l'opinion de tous ceux qui ont étudié cette question, de M. Lannelongue en particulier, qui dit dans ses leçons sur la coxo-tuberculose : « Les lésions

tuberculeuses par elles-mêmes ne se révèlent à nous par aucun trouble fonctionnel ni par la douleur. Les symptômes pathologiques n'apparaissent que lorsqu'il s'ajoute une irritation sur la synoviale ou les parties voisines.

« Ces petits foyers de début, centraux ou périphériques, peuvent rester latents pendant des mois et même pendant des années, surtout s'ils sont à quelque distance des surfaces articulaires et de la synoviale. Ils peuvent sommeiller sans donner lieu à aucun phénomène appréciable en clinique, si l'articulation n'est pas envahie. »

La radiographie est venue jeter un peu de lumière sur ces lésions de début. Elle nous montre ce double début osseux et synovial. Elle confirme cette opinion que les signes cliniques apparaissent souvent à une période déjà avancée de la maladie, alors que les lésions sont nettement caractérisées.

Déjà avant que l'on puisse distinguer le moindre processus destructif, l'épreuve radiographique montre une raréfaction osseuse par décalcification des parties voisines de l'articulation. Nous savons que cette raréfaction se rencontre aussi dans d'autres arthrites, mais jamais au même degré que dans la coxalgie.

Un second signe fourni par la radiographie est dû aux modifications subies par la synoviale et les cartilages articulaires. Au lieu de se dessiner nettement le contour des surfaces articulaires devient

« flou » suivant le terme technique, dénotant ainsi la réaction des tissus.

Les surfaces articulaires subissent rapidement des modifications qui portent d'abord sur les cartilages. Ceux-ci sont progressivement amincis, décollés et peu à peu détruits. Il ne reste plus que des surfaces osseuses qui subissent à leur tour le processus destructif. La tête fémorale, les parois de la cavité cotyloïde sont usées et détruites assise par assise, et le fémur remonte de plus en plus vers le plafond qui s'effondre. Mais il ne rentre pas dans notre cadre de suivre cette destruction jusqu'au bout, puisque nous avons la prétention de l'arrêter à son premier stade.

Ces altérations cartilagineuses d'abord, osseuses ensuite sont l'effet de deux facteurs : l'influence mécanique et le processus tuberculeux, suivant la division devenue classique.

On a fait jouer un très grand rôle à l'action mécanique et longtemps il n'a été question que de l'ulcération compressive.

Nous nous garderons bien de nier cette ulcération compressive. Il est certain en effet que très souvent les parties du cotyle et de la tête qui s'ulcèrent en premier lieu, et qui subissent ensuite les destructions les plus profondes sont les parties en contact.

Mais là ne se bornent pas les altérations et l'on trouve des lésions dans les parties exemptes de compression. Dans bien des cas la destruction porte non pas tant sur les points comprimés que sur le pourtour de la tête et du cotyle, ou même sur une portion voi-

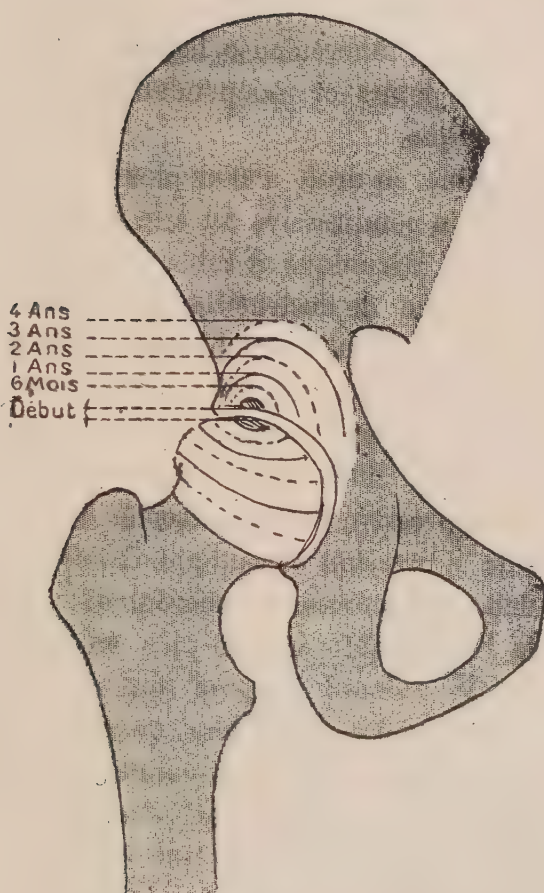


Fig. V. — Schéma de la destruction osseuse dans les 2^e, 3^e, 4^e et 5^e cas de la coxalgie. Du noyau primitif, la destruction gagne de proche en proche, par zones excentriques successives tant sur l'os iliaque que sur l'extrémité supérieure du fémur. L'usure totale des deux extrémités mesure généralement de 3 à 4 centimètre et peut atteindre 5 et 6 centimètres ou même plus dans certains cas où la tête et le col disparaissent presque en entier. Chaque année amène une destruction moyenne de 3 à 5 millimètres dans chaque sens, mais cette fonte a une marche plus ou moins rapide. Les chiffres indiqués ici n'ont rien d'absolu.

sine du col fémoral. Ces régions non comprimées subissent des altérations qui appartiennent exclusivement à l'action tuberculeuse, laquelle se manifeste dans tous les points et indépendamment de toute action mécanique.

On est même en droit d'aller plus loin et de dire que l'ulcération compressive est à la fois l'effet de la double action mécanique et tuberculeuse. La compression n'amène de destruction que parce qu'elle s'exerce sur des tissus préalablement altérés, raréfiés et ramollis par une « ostéite spécifique ». Aussi la division en lésions de compression et d'ostéite bacillaire n'est justifiée que si l'on admet pour l'ulcération compressive l'action associée de la tuberculose et de la pression mécanique. Celle-ci ne peut rien en dehors du processus tuberculeux.

C'est la théorie qui tend de plus en plus à être admise. Et M. Ménard l'expose tout au long dans son *Etude sur la coxalgie*. Nous nous permettrons d'en citer un passage qui nous paraît bien résumer l'état de la question à l'heure actuelle.

« Le siège et la forme des altérations qu'on vient de passer en revue prouvent assez qu'elles relèvent de la compression. Il va de soi que la compression n'a pu avoir de pareilles conséquences que sur des tissus préalablement modifiés par la culture bacillaire. Les cartilages enflammés, ramollis, décollés des surfaces osseuses se sont ulcérés de préférence et plus hâtivement sur les régions où ils subissaient une pression. Après eux, les surfaces osseuses sont

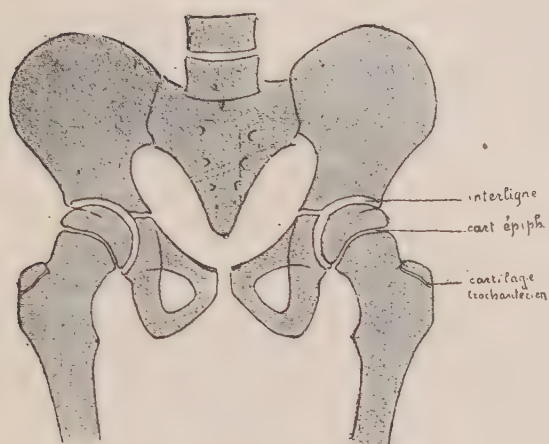


Fig. VI. — Hanche normale.

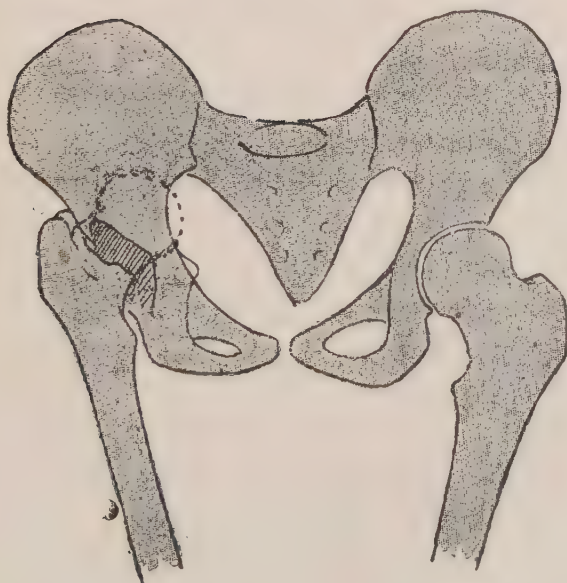


Fig. VII. — Pseudo-luxation. Usure presque complète de la tête et du col dont les limites normales sont figurées en pointillé sur la figure. Il ne reste qu'un petit moignon formé par la partie inféro-externe du col.

aussi préparées par l'ostéite spécifique. Inutile d'insister sur cette interprétation.

« La hanche atteinte de tuberculose ne subit pas des pressions plus grandes que la hanche normale.

Il est évident que la compression n'a de conséquences fâcheuses que dans la hanche affectée de tuberculose.

« En un mot, les lésions dites compressives sont en réalité le résultat complexe de deux actions associées : pression et culture bacillaire. Il n'est pas facile de faire la part à chacune de ces influences ; cependant nous apprendrons que certaines coxalgies marchent avec une très grande lenteur ; les surfaces ne sont déformées qu'au bout de plusieurs mois, un an ou davantage. Chez d'autres malades, au contraire, la destruction prend un caractère grave au bout de deux, trois, quatre mois. Cette courte période a suffi pour entamer profondément la tête fémorale et le sourcil cotyloïdien qui lui fait face.

« Dans ces deux cas, le premier lent, le second rapide, la pression des surfaces articulaires l'une sur l'autre est la même. C'est l'action propre de l'infection tuberculeuse qui fait varier les résultats. »

De cette étude anatomo-pathologique nous pouvons conclure : quel que soit le mode de destruction mécanique ou bacillaire, il est un fait certain, c'est que les os s'usent, s'effritent, s'effondrent sous l'action d'une infiltration tuberculeuse qui diminue leur résistance.

Et notre maître, M. Calot, a trouvé une comparai-

son heureuse quand il dit : « Les extrémités osseuses se laissent d'abord infiltrer, raréfier, ramollir comme du sucre mouillé, puis comme celui-ci fondre un peu plus tôt ou un peu plus tard. »

CHAPITRE III

Nécessité de faire des injections précoces

Que pouvons-nous contre ce processus destructif ? Il serait intéressant, en effet, de juguler l'action de la tuberculose et de conserver l'intégrité des os, ce qui nous amènerait à conserver la plus grande partie des fonctions.

La thérapeutique habituelle, nous l'avons déjà dit, est insuffisante dans bien des cas à empêcher la tuberculose de ramollir et de détruire les os de la hanche. Tout au plus pourrait-elle espérer empêcher en partie l'ulcération compressive par une bonne extension continue ou un excellent appareil.

L'expérience clinique est là pour nous démontrer la nécessité de chercher ailleurs le moyen d'empêcher cette destruction osseuse.

Et comme le dit M. Calot : « Le moyen, le seul que nous ayons trouvé, le seul efficace suivant nous, ce sont, les injections. Puisque dans la tuberculose au début les lésions sont localisées à la synoviale et à la surface des os, c'est-à-dire à la paroi de la cavité articulaire, nous injecterons dans cette cavité un des liquides modificateurs connus de la tuberculose, un

de ceux qu'on emploie dans le traitement de l'abcès froid.

« En portant et laissant ces liquides au contact des extrémités osseuses menacées, mais non encore (ou presque jamais) profondément atteintes, nous allons détruire la fongosité tuberculeuse avant que cette fongosité n'ait pu compromettre la vitalité de l'os. »

On a contesté la valeur des mots « liquide modificateur ». Nous n'avons pas à ergoter sur une expression. Nous aimons mieux nous en référer à l'expérience clinique : une chose bien certaine c'est que les lésions articulaires et osseuses guérissent, que le processus tuberculeux est arrêté dans sa marche envahissante. Les faits sont là, contrôlés par des radiographies nombreuses. Nous n'en voulons d'ailleurs pour preuve, en dehors de l'opinion autorisée de notre maître et de notre expérience personnelle, que l'assertion de M. Lannelongue dans ses leçons cliniques (1904).

D'ailleurs on accepte généralement qu'il faut faire des injections dans les abcès froids, dans les tumeurs blanches, pourquoi n'en serait-il pas de même à la hanche. Cette articulation est accessible par maints endroits, nous le verrons à propos de la technique, et la difficulté d'y accéder n'est plus une raison suffisante de s'abstenir.

Quand faut-il faire ces injections ?

Il serait idéal de les faire tout au début, dès les premières manifestations de la maladie, avant la

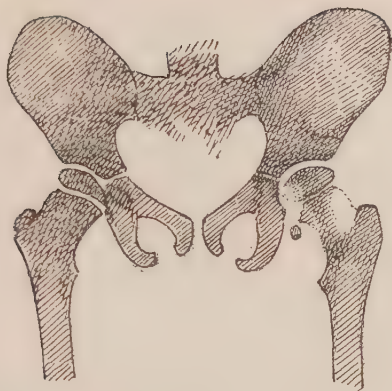


Fig. VIII. — Coxalgie gauche à l'arrivée à Berck.

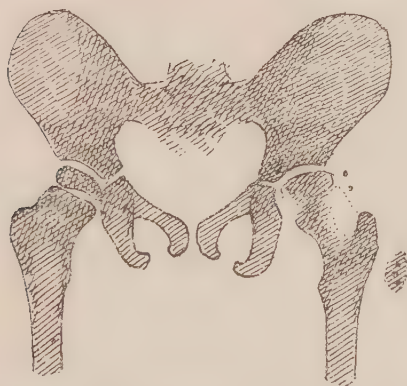


Fig. IX. — La même 6 mois après, avant la première injection.

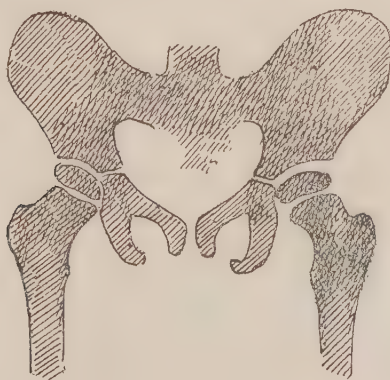


Fig. X. — La même, un an après les injections.

production des moindres lésions. L'injection précoce a pour but d'arrêter ces lésions qui, nous l'avons dit, précèdent les signes cliniques. Plus tard le traitement est encore utile puisqu'il arrête la destruction osseuse et permet souvent une restauration partielle, mais il est infiniment plus utile et plus facile d'arrêter le mal à son début, alors qu'il est encore peu étendu.

Mais cette manière de voir rencontre de nombreuses oppositions et l'objection la plus grave est celle qui consiste à nous dire : « Vous allez traiter des coxalgies qui n'en sont pas. » Car il existe en effet des arthrites de la hanche qui se manifestent par des symptômes cliniques que l'on croit être ceux de la coxalgie au début et qui, très fugaces, cèdent au repos ou à un traitement approprié.

Et l'on ajoute : « Vous allez entreprendre un traitement d'engrenage qui engage l'avenir. Il n'est pas indifférent d'injecter dans une cavité articulaire des liquides dont l'action est irritante. »

Nous ne demandons pas qu'il soit fait une injection le jour même où nous avons examiné le malade pour la première fois, à moins bien entendu qu'il ne puisse rester aucun doute sur le diagnostic. Mais pour peu qu'il se pose un point d'interrogation, nous acceptons, nous demandons même un délai variable avec l'intensité des phénomènes. Pendant quelques jours le malade est mis en observation au repos. Si les phénomènes s'amendent et si à la marche ils ne réapparaissent pas, après avoir épuisé tous les moyens d'investigation, ne tenant même pas compte

d'une réaction positive à la tuberculine, nous nous abstiendrons de faire des injections. Le malade restera bien entendu l'objet d'une observation attentive et suivie.

Si, au contraire, malgré le repos, les phénomènes restent stationnaires et à plus forte raison s'aggravent, nous sommes en droit d'agir. S'abstenir dans ce cas serait laisser le mal s'installer dans la place. Nous savons par expérience que ce qui n'est pas grand'chose pendant longtemps est presque toujours de la tuberculose.

D'ailleurs, à tout prendre, il vaudrait encore mieux faire des injections dans une hanche qui n'a rien que de n'en pas faire dans une hanche qui a quelque chose. Le malade ou la famille consultés préféreront une raideur articulaire de quelques semaines à la perspective d'une boiterie irrémédiable et qui dure toute la vie.

Cet excès de « conscience » de diagnostic amène quelquefois des résultats désastreux, auxquels on ne peut plus remédier quand on découvre la vérité. Nous avons pu naguère le constater chez une malade de notre ami le Dr Balencie. Sous prétexte d'arthrite gonococcique, on a laissé évoluer à Berck une tumeur blanche maintenant bourrée de fongosités et dans laquelle le traitement par injections eût donné dès le début des résultats que nous n'osons espérer maintenant.

Nous pourrions citer entre beaucoup d'autres une enfant qui vient de mourir de granulie et dont la

coxalgie a été considérée pendant deux ans comme hystérique.

De pareilles réserves de diagnostic ont des conséquences plus désastreuses que des injections une fois par hasard inutiles.

Pour appuyer notre dire, nous ne saurions mieux faire que de citer encore M. Lannelongue dans ses leçons cliniques : « Il convient à mon sens d'agir promptement, et pour cela le diagnostic doit être fait de bonne heure. Au début le mal est minime, c'est un unique foyer osseux ou synovial, ou de petits foyers limités pas encore disséminés. Rien ne semble encore en attester la présence, mais un peu plus tard et peut-être même à ce premier moment déjà des troubles d'une certaine importance, bien qu'on ne leur en accorde pas assez, tant fonctionnels qu'anatomiques, se montrent dans le membre et deviennent la clef du diagnostic.

« Si on avait tenu compte des premiers troubles survenus dans une période qui a souvent cinq, six, huit mois et plus de durée, on aurait fait le diagnostic avec précision et dans un grand nombre de cas on aurait arrêté les progrès de la maladie. C'est donc durant ces premiers contacts avec le malade qu'on devra intervenir. »

M. Calot n'a pas dit autre chose. Il demande d'agir dès le diagnostic posé :

« On fera ces injections dans tous les cas de coxalgie, on les fera d'emblée, dès l'arrivée du malade.

« On les fera dans tous les cas ; ce qui ne veut pas

dire évidemment qu'il n'y aura pas telle coxalgie d'essence particulièrement bénigne, à lésions surtout synoviales où les os malades sont à peine léchés par la tuberculose, qui ne guériront pas si on ne fait pas d'injections. Mais où est le moyen de les reconnaître dès le début, où est le moyen de faire la sélection des malades qui guériront ainsi d'eux-mêmes, sans destruction osseuse ? »

Il n'est pas possible de prévoir à l'avance ces cas bénins, et par mesure de précautions il nous semble indiqué d'agir dès que le diagnostic de coxalgie est posé.

CHAPITRE IV

Technique du traitement par les injections intra-articulaires

On a longtemps vécu avec cette idée qu'il était très difficile de pénétrer dans l'articulation coxo-fémorale. Certes, s'il fallait arriver à glisser son aiguille dans l'interligne articulaire, on pourrait objecter qu'il n'est pas à la portée de tout le monde d'aller porter dans la hanche un liquide modificateur. Nous l'avons cependant vu faire avec une radiographie de contrôle, et souvent nous l'avons répété ou vu répéter sur le cadavre.

Mais l'objection que l'on nous ferait tombe d'elle-même si l'on veut injecter le liquide non dans l'interligne, mais bien dans la cavité articulaire. Il est évident qu'un liquide introduit dans cette cavité finit par arriver dans l'interligne même sans pression, par simple imbibition.

L'injection ainsi comprise, l'articulation de la hanche est très facile à aborder : soit en avant, soit en dehors, soit en arrière. On pénètre comme l'on veut ; il reste à déterminer quelle est la voie d'accès la plus commode pour l'opérateur et pour le malade.

Le col du fémur, infléchi à 45 degrés environ sur l'axe du fémur, est recouvert en avant par la capsule articulaire jusqu'à son union avec le corps du fémur. Cette capsule se replie en bas dans l'angle inférieur (le sujet est supposé debout), et forme un cul-de-sac qui dans la plupart des autopsies que nous avons eu l'occasion de faire, descend jusqu'à 1 centimètre environ au-dessous du bord inférieur de l'os.

En haut, à la face supérieure, la capsule se réfléchit plus tôt, à 1 centimètre du bord du grand trochanter.

En arrière, la ligne d'insertion de la capsule sur l'os se trouve à peu près au tiers de la longueur du col, ne recouvrant plus que les deux tiers internes.

On peut pénétrer dans la cavité articulaire en arrivant par la voie postérieure, mais nous éliminerons ce procédé parce que :

1° C'est là que la capsule est la plus courte ; elle ne couvre que les deux tiers internes de la face postérieure de la tête et du col ;

2° Pour injecter par derrière il faut retourner le malade, ce qui n'est pas sans inconvénient dans les cas de coxalgie douloureuse.

Nous abandonnerons la face supérieure du trochanter, parce que chez les sujets gras ou musclés il n'est pas facile de bien sentir le bord du trochanter. De plus l'obliquité à donner à l'aiguille est difficile à calculer.

Il en est de même pour la face inféro-externe : il

faut piquer en remontant jusqu'à ce que l'on sente le col, et le trajet long de 10 à 12 centimètres en moyenne peut paraître imprudent à ceux qui ne sont pas familiarisés avec cette pratique.

Reste la voie antérieure qui nous paraît être la voie de choix parce que la plus accessible et la plus courte, pas plus dangereuse que la voie postérieure.

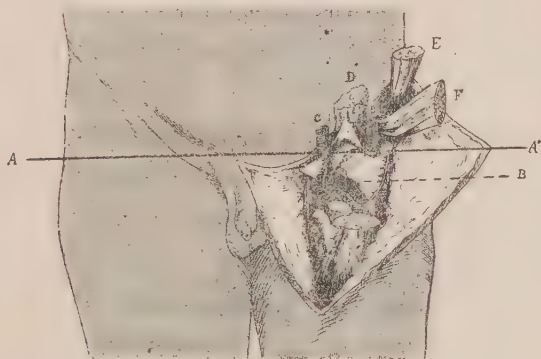


Fig. XI. — Dissection de la région inguinale pour montrer la zone accessible de la cavité articulaire: cette zone s'étend à toute la face antérieure du col. — AA'. Horizontale passant par les épines pubiennes. — B. Face antérieure du col. — Artère fémorale. — D. Psoas. — E. Couturier. — F. Droit antérieur. — (B. est le point d'élection pour les injections.)

Il est facile de sentir la tête fémorale au-dessous de l'artère que l'on sent battre.

Le nerf crural accompagne l'artère dont il est séparé sous l'arcade crurale par la bandelette iliopectinée.

Il se trouve à peu près à $1/2$ centimètre de l'artère. Il s'étale bientôt en plusieurs filets qui occupent une aire de 1 centimètre environ.

Si l'on a soin de se tenir à 1/2 centimètre plus en dehors on n'a pas à craindre de blesser le nerf.

Voici la technique que donne M. Calot :

Mener une horizontale par les épines pubiennes,
Sentir battre l'artère crurale et mener de ce point une perpendiculaire à l'horizontale pubienne :

Compter 2 centimètres à 2 cent. 1/2 (suivant l'âge) au-dessous de l'horizontale pubienne, et autant en dehors de la verticale passant par l'artère. Piquer perpendiculairement en ce point d'intersection jusqu'à ce que l'on rencontre la résistance osseuse du col. Chez l'adulte on compte 3 centimètres.

On arrive ainsi sur la face antérieure du col fémoral, à peu de distance en dehors de la tête.

Au reste trop de précision serait superflue, car nous avons une surface relativement vaste. La portion recouverte par la capsule articulaire nous offre un champ de 2 centimètres de côté environ, soit à peu près 4 centimètres carrés de surface pour une pointe d'aiguille.

Jamais, sur plus de quarante injections faites sur le cadavre, nous ne nous sommes égaré. Nous avons piqué quelquefois plus haut, d'autres fois plus bas, plus en dehors ou plus en dedans, mais toujours notre injection de bleu de méthylène était intra-articulaire.

Une seule fois, un incident nous a fait dévier : la pointe de l'aiguille s'était insinuée dans une frange synoviale et l'injection n'était possible qu'après l'éclatement de cette frange. Dans les mouvements

donnés au piston pour injecter, nous sommes sortis de la capsule.

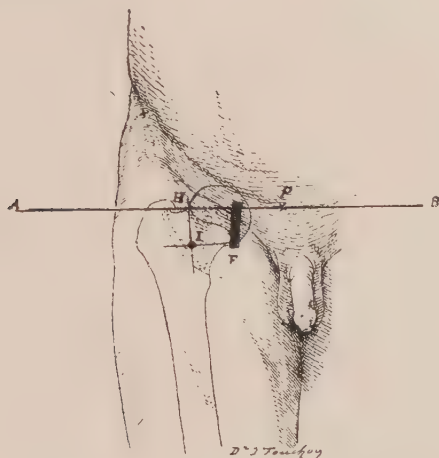


FIG. 12 — Ce qu'il faut retenir pour la technique des injections. Deux points de repère : 1° A B. L'horizontale passant par l'épine pubienne P ; 2° l'artère fémorale F — I, le point d'élection pour les injections est placé à 3 cm. en dehors de l'artère et à 3 cm. au-dessous de l'horizontal A B. — Chez l'enfant de 8 à 14 ans au lieu de 3 cm., on prend 2 cm. $2\frac{1}{2}$ cm. $\frac{1}{2}$ (en dehors de l'artère et au-dessous de l'horizontale).

Voilà pourquoi le point de repère constant que doit avoir l'opérateur c'est la sensation bien nette du contact osseux. On aura quelquefois une certaine difficulté à insinuer les premières gouttes de liquide, la capsule étant plaquée pour ainsi dire contre l'os ; mais le décollement se produit très vite et sans douleur pour le malade si on presse avec énergie sur le piston. La pression du liquide qui s'infiltre entre la capsule et le col produit ce résultat sans traumatisme.

M. Farabeuf a conseillé à M. Calot de faire fléchir la cuisse sur le bassin de 25 à 30 degrés et de porter le membre en légère abduction et rotation

externe. C'est la position du relâchement maximum de la capsule, que l'on réalise d'ailleurs expérimentalement sur le cadavre quand on injecte du liquide sous pression dans la capsule articulaire de la hanche. C'est la position que prend le membre tout au début de la coxalgie.

L'aiguille dont nous nous servons habituellement est une aiguille en platine longue de 8 à 10 centimètres, à biseau très court et sans œil latéral ; la grosseur qui convient le mieux est le n° 2 de Collin.

Une seringue quelconque s'adaptant à l'aiguille peut être employée ; mais nous donnons la préférence à la seringue de Luer, facilement stérilisable.

Nous ne passerons pas en revue tous les liquides qui ont été employés dans le traitement des tumeurs blanches ou des abcès froids.

La solution créosotée iodoformée nous paraît ici indiquée de préférence au naphthol camphré ou à l'éther iodoformé.

Nous craignons en effet la douleur qu'amèneraient la réaction trop active produite par le premier et la tension trop grande que donne le second dans une capsule étroite et peu expansible comme l'est celle de la hanche.

La formule donnée par M. Calot, et analogue à celle aujourd'hui employée un peu partout, a été heureusement modifiée par M. Robin qui fait faire deux mélanges :

L'un :

Idoforme.....	10 grammes
Ether.....	30 »

L'autre :

Huile.....	70 grammes
Créosote.....	6 »

On mélange à parties égales au moment de s'en servir.

De cette façon le liquide est plus fluide et passe plus facilement dans l'aiguille.

Le nombre des injections est variable évidemment suivant l'intensité du mal. Nous avons vu un petit malade arrivé tout au début de la maladie chez lequel trois injections ont suffi à guérir une coxalgie dont le diagnostic n'était pas douteux, et qui marche très bien maintenant.

Mais c'est là un cas d'exception, et le nombre moyen d'injections donné par M. Calot est de 12 à 15, espacées tous les cinq à six jours.

Il arrive parfois qu'après une guérison apparente, donnée par un nombre insuffisant d'injections, le malade ressent de nouvelles douleurs à l'exploration. Dans ces cas, rares en vérité, on recommence une nouvelle série d'injections pour guérir ce foyer qui avait échappé à la première série.

Pendant cette période d'environ deux mois que dure le traitement par les injections, le malade sera immobilisé, bien entendu.

Lorsque l'enfant est bien surveillé et qu'il ne souffre pas, on peut le laisser à l'extension continue. Cela facilite la technique de l'injection, puisque le

membre est découvert, et permet de porter le membre dans l'attitude conseillée par M. Farabeuf pendant l'injection.

L'extension s'appliquera bien entendu au-dessus du genou et non sur le cou-de-pied.

Nous avons pu constater dans plusieurs cas les bons résultats donnés par un appareil qu'a fait construire notre ami le Dr Balencie. Il a l'avantage de réaliser à la fois l'extension et la contre-extension. Cet appareil se compose de deux tubes métalliques qui glissent l'un dans l'autre et que tend à écarter un ressort à boudin dont la force est graduée à volonté au moyen d'un écrou de tension. Chacun de ces tubes porte à son extrémité un crochet qui s'attache : le supérieur a un écheveau de laine prenant point d'appui dans l'aîne, sans blesser les tissus ; l'inférieur a l'étrier d'extension.

Dans beaucoup de cas l'extension continue ne suffit pas : il faut avoir recours à l'appareil plâtré. Et cela toutes les fois que l'extension ne pourra pas être absolument surveillée de très près et par des personnes consciencieuses. Nous avons vu qu'alors elle serait plus nuisible qu'utile.

De plus quand la coxalgie est douloureuse, nous avons déjà dit que le plâtre seul suffisait à calmer ces douleurs.

L'appareil plâtré a aussi l'avantage d'atténuer la réaction amenée par les injections précisément parce qu'il immobilise le membre d'une façon plus parfaite.

On peut sans inconvénient pratiquer dans l'appareil une fenêtre mettant à découvert la région crurale. On aura ainsi un espace suffisant pour pratiquer à son aise les injections et déterminer les points de repère.

On peut même combiner à la position plus commode pour l'injection le bénéfice de l'immobilisation par l'appareil plâtré. Le lendemain de la construction de cet appareil on le divise en deux valves au moyen de deux incisions longitudinales sur un même diamètre. Ces deux parties sont maintenues par des bandes de tarlatane gommée et l'appareil immobilise parfaitement. Pour faire les injections il suffit d'enlever ces bandes qui maintiennent en contact les deux moitiés du plâtre. On réalise ainsi un appareil amovo-inamovible en quelque sorte.

Mais ici encore il faut faire une exception pour les coxalgies douloureuses, qui ne supportent même pas cette légère mobilisation au moment de l'injection. On doit à tout prix dans ces cas-là se contenter de la fenêtre antérieure.

Après les injections

Lorsque la série d'injections est terminée, les foyers malades sont assainis. Il reste à favoriser le processus réparateur. Il faut pour cela que l'articulation soit mise au repos absolu.

On serait tenté d'élargir les indications de l'exten-

sion continue, afin d'obtenir plus certainement et plus vite le retour des mouvements. Mais cela nous paraît peu prudent. Il faut avant tout favoriser la guérison de l'articulation assainie. Un appareil plâtré nous semble plus indiqué pour réaliser ces conditions.

Il permettra de plus de rectifier complètement les plus légères attitudes vicieuses.

Pendant cinq à six mois le malade gardera donc le repos absolu dans un appareil plâtré.

Au bout de ce temps on procédera à un examen minutieux de l'articulation, afin de bien s'assurer qu'il ne reste pas le moindre point douloureux. Si le malade accusait une douleur à la pression, on recommencerait une nouvelle série d'injections. Ces cas sont rares comme nous l'avons déjà dit. Il nous a été donné cependant d'en observer quelques-uns, chez lesquels cette deuxième série d'injections a mis fin à tous les phénomènes douloureux.

Après s'être assuré que l'articulation n'est plus douloureuse, on pourra accorder une immobilisation moins absolue. Pourvu que l'enfant ne soit pas trop abandonné à lui-même et à condition que le membre soit en bonne attitude, on le mettra à l'extension continue. Celle-ci suffira, à cette période, à maintenir la bonne position du membre pendant que les surfaces articulaires reviendront à leur état primitif. Les mouvements reviendront peu à peu sans qu'on ait pour l'instant le droit de rien faire pour les obtenir.

A l'hôpital et chez les malades trop peu surveillés, force nous sera de remettre encore un appareil plâtré. L'ankylose sera ensuite plus persistante, mais ce qui importe avant tout c'est de conserver l'attitude correcte du membre.

On laissera ainsi le malade au repos pendant encore cinq ou six mois, et au bout de ce temps, si tout s'est passé normalement, si un incident quelconque n'est pas venu entraver la guérison, on permettra au malade de se lever.

Mais on soutiendra encore ce membre au moyen d'un appareil plâtré s'arrêtant au-dessus du genou, ou mieux d'un appareil amovible à articulation réglable. Il faut en effet laisser pendant longtemps un tuteur à ce membre dont les os ont été décalcifiés par l'infection tuberculeuse. Il faut donner le temps à ces os de recouvrer leur solidité première.

On ne saurait payer par trop de soins le bénéfice d'une guérison intégrale.

L'enfant mis debout restera d'abord dans cette position cinq ou six minutes tous les jours pendant deux ou trois jours ; puis ce sera plus souvent, et bientôt toutes les heures. Après une dizaine de jours il commencera à faire quelques pas, soutenu sous les aisselles par deux mains solides. Au bout d'un mois environ il sera capable de marcher seul en s'appuyant sur deux longs bâtons. Ceux-ci seront remplacés par une canne tenue du côté opposé au côté malade vers le troisième ou quatrième mois.

La durée des séances de marche sera augmentée

peu à peu, et environ huit à dix mois après sa mise sur pied le malade vivra de la vie de tout le monde.

L'appareil pourra être enlevé la nuit après deux mois. Si tout va bien on l'enlèvera définitivement au bout d'un an.

Au moment où l'enfant commence à marcher il sera bon d'exciter la vitalité des muscles par des massages très doux et ne portant pas sur la région articulaire.

On ne cherchera même pas en ce moment à favoriser le retour des mouvements par des séances de mobilisation. Le meilleur moyen d'obtenir la guérison intégrale est de ne rien faire pour obtenir ces mouvements. Si l'on sait s'armer de patience, ils se rétabliront peu à peu d'eux-mêmes.

Nous avons beaucoup insisté sur les précautions à prendre pendant la convalescence. C'est de cette période en effet que dépend en grande partie le résultat du traitement. Il ne faudrait pas le compromettre par manque de prudence.

Il est évident que pendant toute la durée du traitement, on s'appliquera à rétablir ou entretenir un bon état général chez le malade. Le traitement général est un complément indispensable du traitement local, ici comme dans toutes les tuberculoses.

OBSERVATION I

Cécile D..., dix-huit ans. Paris.

Coxalgie droite.

Malade depuis quinze mois.

Début de la maladie : Douleurs très vives à la hanche. Tendances immédiates à la mauvaise attitude.

Consultation du Dr Michaud de l'hôpital Beaujon qui a de suite diagnostiqué la coxalgie.

Traitement prescrit : Extension simple de 3 kilogrammes.

Trois mois après arrivée à Berck.

3 juin 1908. — A Berck, extension simple, 4 kilogrammes.

Douze injections à l'huile créosotée iodoformée.

Pas d'appareil plâtré.

Se tient debout maintenant deux heures par jour.

On va lui mettre un celluloïd pour ménager la hanche. Ce celluloïd sera porté environ quinze jours par mois et sera retiré toutes les nuits. Il a pour but de constater que l'attitude est toujours parfaite.

OBSERVATION II

Pierre L..., neuf ans, de Lille.

Rougeole à trois ans.

À quatre ans arthrite du coude gauche traitée par le Dr Engelbach : pointes de feu et plâtre, puis par le Dr Lucas Championnière : applications de pommade mercurielle. Guérie.

Juin 1907. — L'enfant souffre par intermittences de sa hanche.

Juin 1908. — Le D^r Gallois, de Lille, fait un diagnostic de coxalgie et conseille d'envoyer l'enfant à Berck.

14 juin. — Première injection d'huile créosotée iodoformée.

On fait 12 injections en deux mois environ.

L'enfant est toujours resté à l'extension continue ; pas de plâtre. Pas d'abcès.

Aujourd'hui guéri avec tous ses mouvements.

L'enfant commence à se lever.

Une radiographie prise dernièrement ne montre pas de lésion osseuse.

OBSERVATION III

Arthur P..., dix ans, Galicie.

Dans l'hiver de 1905 l'enfant se plaint d'une douleur à la hanche droite. Traité par le massage, il souffre davantage.

Le D^r Schran et le professeur Ziembichi de Lemberg le mettent dans un appareil plâtré au début de 1906.

Après trois mois, nouveau plâtre ; l'enfant marche avec des béquilles, mais il souffre encore, surtout la nuit.

À la fin de 1906 on lui fit un léger appareil qu'il gardait le jour ; il marchait encore avec des béquilles. La nuit il avait un petit appareil plâtré.

Février 1907. — On le déclare guéri, Il marche à l'aide d'une canne, avec son appareil. Cela le fatigue beaucoup et bientôt il souffre à nouveau. Il reprend ses béquilles et se repose le plus possible.

Avril 1907. — Le professeur Glurzinski de Lemberg diagnostique une rechute.

En mai l'enfant vient à Berk.

On lui fait 15 injections. Extension continue pendant les injections.

On l'immobilise ensuite dans un appareil plâtré pendant six mois.

Février 1908. — On remplace le plâtre par un appareil en celluloid.

En juillet il est mis debout. L'enfant est très lourd, aussi lui faut-il une vingtaine de jours avant de pouvoir marcher appuyé sur des bâtons.

Actuellement il n'a plus d'appareil et marche avec une canne.

Les mouvements sont revenus peu à peu ; ils sont déjà très étendus.

OBSERVATION IV

(Publiée par M. Calot. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique.*)

Nous avons donné plus haut 3 reproductions de radiographie de cette enfant.

Madeleine J..., sept ans, de Paris, envoyée par mon très distingué collègue le D^r Cunéo, vient à Berck en mars 1902.

La radiographie a montré que la tuberculose a détruit un bon tiers de l'épaisseur du col fémoral, en coup d'ongle, et qu'il existe un séquestre.

Ce séquestre a même fait proposer la résection par un chi-

rurgien qui affirme l'impossibilité de la guérison sans opération ; mais les parents ont refusé leur consentement.

Quant à moi, je ne m'inquiète pas du séquestre, ne croyant pas à la nécessité de la résection pour guérir l'enfant ; mais je redoute une destruction complète du col, à bref délai, par les progrès de la tuberculose qui paraît particulièrement virulente ici, étant excessivement douloureuse ; ce qui me fait proposer des injections modificatrices dont la famille ne veut pas entendre parler.

La maladie suit son cours. Au bout de quelques mois, j'insiste encore auprès des parents, leur disant que s'ils refusent, nous verrons, presque certainement, le col détruit en entier, la tête séparée de la diaphyse, d'où une infirmité grave et irrémédiable. M. Cunéo insiste de son côté et réussit cette fois, à décider les parents.

Nos craintes n'étaient que trop fondées. Une radiographie prise à ce moment (six mois après la première) montre effectivement que la tuberculose avait détruit près d'un deuxième tiers du col depuis notre premier examen, et cela malgré le repos, malgré le plâtre et le séjour de Berck.

Je fais une série d'injections de naphthol camphré, je ramollis et fonds les fongosités et obtiens une collection appréciable à la **sixième** injection.

J'ai ponctionné à partir de ce moment et injecté jusqu'à concurrence de 10 ponctions et de 10 injections, suivant la technique habituelle pour le traitement des abcès tuberculeux.

Et, chose étrange, qui montrait bien que nous avions atteint le point malade de l'os, c'est que par l'aiguille à ponction sont venus à plusieurs reprises de petits grains osseux, débris facilement reconnaissables du séquestre.

Après cette série d'injections qui avait duré sept semaines, compression pendant trois mois. A ce moment nous prenons une nouvelle radiographie : non seulement la destruction du col n'avait pas progressé, mais le col s'était au contraire un peu refait et la caverne apparaissait en partie comblée. Et de plus le séquestre avait disparu.

La malade était guérie et elle est demeurée guérie il y a de cela plus de quatre ans.

La dernière radiographie prise il y a un an montre que le col a repris des contours presque normaux.

Nous venons de revoir la petite malade (avril 1907), il ne reste rien de sa tuberculose de la hanche, ni raccourcissement ni aucune tare fonctionnelle.

Depuis 1907 la guérison se maintient parfaite.

OBSERVATION V

Paul D..., dix ans, Vitry-le-François.

Coxalgie au début.

Janvier 1908. — L'enfant accuse des douleurs dans la région de la hanche.

Il ne peut se tenir debout sans pousser des cris. Le membre tend à se mettre en abduction et paraît plus long que l'autre.

Le Dr Ménard de Vitry pose le diagnostic de coxalgie confirmé à Paris par le Dr Ménard fils.

L'enfant est vu par le Dr Balencie en février, rue Violet.

On commence immédiatement les injections d'huile créosotée iodoformée selon la formule donnée plus haut.

L'enfant est mis à l'extension continue. On fait une série de 15 injections dans le courant de février, mars, avril.

De mai à septembre l'enfant fait un séjour à Etretat. Il est toujours à l'extension continue.

9 octobre. — Il est présenté chez M. Calot : tous les mouvements sont revenus.

L'enfant marche depuis sans qu'il se soit produit de récédive, sans douleur, sans claudication,

Revu récemment un an après le traitement : la guérison est parfaite.

OBSERVATION VI

Louis P..., treize ans, hôpital de l'Oise.

Arrivé à Berck en mars 1907.

Malade depuis trois ans, aurait eu à ce moment, à la suite d'une chute, une douleur vive et impossibilité presque absolue de marcher pendant quinze jours. Depuis cette date il boite quelque peu, mais va cependant au collège. Trois mois après, nouvelle poussée : interruption des études pendant un an et demi environ. Au bout de ce temps la marche redevient normale ; il rentre au collège. Deux mois après, nouvelle rechute : gouttière de Bonnet pendant une année environ, jusqu'à l'arrivée à Berck.

A l'arrivée, l'enfant est toujours couché dans sa gouttière : le membre inférieur droit est plus long de 3 centimètres environ, l'épine iliaque est abaissée de côté ; pas de douleurs spontanées, sinon, de temps en temps, la nuit, cauchemars.

A la palpation, du côté droit la peau est très épaissie, glisse

mal sur les tissus sous-jacents. Légère ensellure s'effaçant quand on soulève le genou de 10 centimètres : les mouvements de flexion sont à peu près impossibles et éveillent la douleur si l'on veut les forcer. Douleur à la pression de la tête fémorale droite, surtout en avant, contre l'artère. L'enfant est tenu au repos complet sur un cadre jusqu'en juin 1908.

A ce moment, les signes cliniques sont les suivants : l'ensellure a augmenté : les mouvements sont toujours impossibles, mais la douleur à la pression est légèrement moindre ; l'allongement apparent est de 2 centimètres aux malléoles.

On essaie de mettre le malade sur pieds : la station debout est possible, mais sur le côté sain seulement. La marche est impossible.

On fait l'application d'un plâtre jusqu'aux orteils, le 10 août 1908. A travers une fenêtre plâtrée dégageant la face antérieure de la cuisse, on fait une injection de 5 centimètres cubes de :

Huile 100 gr.

Ether 25

Iodoforme. 10

Créosote		àà 2
Gaiacol		

En dehors du couturier, l'aiguille tenue obliquement à 45 degrés en haut et en dedans et enfoncée jusqu'à l'os.

15 août. — Nouvelle injection.

18 août. — Nouvelle injection.

A ce moment, sur la demande des parents on interrompt les injections.

20 octobre 1908. — Le plâtre est enlevé et l'enfant laissé au repos jusqu'en janvier 1909.

3 janvier 1909. — L'enfant est mis sur pieds. Les mouvements sont :

Flexion de 50 degrés

Abduction de 25 degrés

Plus d'empatement ni de douleur.

Jambes de même longueur.

Mai 1909. — Le malade marche toute la journée sans fatigue : les mouvements sont absolument normaux.

OBSERVATION VIII

Pierre M..., sept ans et demi, hôpital de l'Oise.

Arrivé à Berck en juin 1907.

Malade depuis un mois et demi environ.

Le malade est très amaigri, souffreteux, couché sur un cadre : tout mouvement, déclare-t-on, lui est impossible.

Le membre inférieur est en abduction de 25 degrés et la rotation externe est telle que le bord externe du pied appuie sur le plan du lit. La moindre pression est très douloureuse et arrache des cris au malade.

L'enfant est redressé sous chloroforme et mis dans un grand appareil plâtré jusqu'en novembre 1907.

A ce moment les douleurs sont beaucoup moindres, mais l'état général est toujours très mauvais.

On lui met un nouveau plâtre fenêtré en avant, et on fait une série de 10 injections.

février 1908. — On enlève le plâtre : l'enfant ne souffre plus, mais on découvre un abcès en avant.

On pratique une ponction donnant 30 centimètres cubes de pus. Avec quelques gouttes d'huile on fait des injections.

La guérison est obtenue après 4 ponctions.

Le malade a été tenu au repos jusqu'à présent.

Actuellement l'enfant est très bien portant : les douleurs ont complètement disparu.

On a une flexion de 30 degrés.

OBSERVATION VIII

Maurice D..., dix ans, hôpital de l'Oise, malade depuis un an.

A l'arrivée la hanche est très douloureuse : on constate un raccourcissement de 7 centimètres.

Trochanter sur la ligne de Nelaton.

Le malade est redressé et plâtré à son arrivée.

On le tient immobilisé jusqu'au 4 février 1908.

A ce moment il ressent une légère douleur à la pression de la tête, la marche lui est très pénible, la hanche se tient raide. Mais en bonne attitude le membre est en abduction de 20 degrés environ, sans ensellure. Malléoles au même niveau.

Le trochanter remonte de 3 centimètres au-dessous de la ligne de Nélaton.

On maintient le malade en extension continue jusqu'en mai 1908.

A ce moment on fait 10 injections, toujours par voie antérieure.

Juillet 1908. — Il y a quelques mouvements légers de flexion : toute douleur a disparu.

Janvier 1909. — L'extension est supprimée, les mouvements de flexion atteignent 15 à 20 degrés.

Avril 1909. — On met au malade un appareil en celluloïd. La flexion de 20 à 25 degrés est possible et facile : l'abduction atteint 30 degrés dans l'extension du membre.

Le trochanter est toujours au-dessus de la ligne de Nelaton. Le raccourcissement est de 2 centimètres environ.

La marche est devenue facile, et le malade peut s'asseoir.

OBSERVATION IX

André D..., treize ans, hôpital de l'Oise.

Arrivé à l'Oise en juin 1908.

Malade depuis trois mois : pas d'autres antécédents.

A l'arrivée le malade marche péniblement, évitant d'appuyer sur la hanche gauche. On constate un allongement apparent de 2 centimètres.

Flexion de 20 degrés, abduction de 5 à 10 degrés.

Le malade ressent une douleur à la pression de la tête.

Le trochanter est sur la ligne de Nelaton.

Juin à juillet 1908. — L'enfant est maintenu en extension continue par une botte plâtrée, puis on fait 10 injections par la face antérieure de l'articulation,

La deuxième injection amène une quinte de toux.

On pratique 2 injections par semaine.

Actuellement l'extension est supprimée depuis un mois. L'enfant a repris son état normal.

CONCLUSIONS

Le traitement de la coxalgie doit tendre à empêcher la destruction osseuse, cause des attitudes vicieuses permanentes.

Les traitements employés jusqu'ici sont insuffisants à produire ce résultat.

Il faut donc y suppléer par une thérapeutique plus active, que nous croyons réalisée par les injections intra-articulaires.

Ces injections, utiles tant que le mal n'est pas éteint, sont d'autant plus efficaces qu'elles sont faites plus tôt.

Il faut donc les faire tout au début de la maladie, alors que les lésions sont minimales et d'autant plus facilement curables.

Vu : le Président de la thèse,
A. ROBIN

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Barbarin.* — Traitement conservateur dans les tumeurs blanches non suppurées chez l'enfant. Clin. Paris, 1906.
- Barnett.* — Results of untreated tuberculous coxitis. Am. J. Surg. New-York, 1907.
- Barvell.* — Treatise of diseases of joints, 1881.
- Bennie.* — Rational and effective treatment of hip diseases founded on experience of numerous case in hospital practice durin 28 Years. London, 1907.
- Benoit.* — Les voies d'abord de l'articulation de la hanche pour les fonctions et les injections. Clin. Paris, 1907.
- Bergugnat.* — La guérison de la coxalgie. Résultat que l'on peut obtenir par le traitement dans les diverses périodes de la maladie (début, déviations, abcès). Thèse de Paris, 1900.
- Bidaux* (M^{le}). — Etude sur le traitement de la coxalgie. Thèse de Paris, 1908-1909.
- Bois.* — Emploi des injections iodoformées dans le traitement des arthrites tuberculeuses et en particulier des formes fongueuses. Lyon, 1900.
- Broca.* — Traitement de la tuberculose articulaire. Tribune médicale. Paris, 1905.
- Calot.* — Le traitement de la coxalgie, Paris, 1895.

— L'orthopédie indispensable.

— Technique du traitement de la coxalgie.

Cayre. — Les appareils dans la coxalgie. Thèse de Paris, 1903.

Cazal (Alphonse). — 84 cas de coxalgie. Montpellier, 1904.

Coulon (de). — Traitement de la tuberculose osseuse avec les injections locales de tuberculine. BeraneK. Rev. med. de la suisse Rom. Genève, 1907.

Delagenière. — Des injections intra-articulaires de vaseline stérile dans les arthrites sèches. Méd. d'accid. du travail, juin 1903.

Delmont-Rebet. — De l'influence des lésions du cotyle et de l'os iliaque sur la marche de la coxalgie.

Duplay et Cazin. — Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses par les injections intra-articulaires. Compte rendu. Congrès intern. de med. Moscou, 1897.

Fouchou. — Contribution à l'étude de la coxalgie par la radiographie. Thèse de Paris, 1906.

Erichsen. — Science and art of Surgery.

Gangolphe. — Maladies infectieuses et parasitaires des os.

— Arthrites tuberculeuses, dans le Traité de Chirurgie. (Le Dentu et Delbet.)

Giraudet. — Etude sur les lésions du cotyle et de l'os iliaque au cours de la coxalgie. Thèse de Paris, 1903.

Guillaume (Louis). — Traitement de la coxalgie. Médecine pratique. Paris, 1907.

Hoffa. — Traitement des tuberculoses articulaires de l'enfance (Rapp.). Revue de thérap. médic. chir.

— Die Cehandlung der tuberkulösen coxitis des Kindesalters. Arch. intern. de chir. Gand, 1903.

Holmes. — Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants.

Kirmisson. — Difformités acquises, maladies de l'appareil locomoteur.

Kœnig. — Traité de pathologie chirurgicale spéciale.

— Die tuberculose coxitis wesontlich des Kinsalter. Deutsche Klinik, Berlin et Wien, 1903.

Labbé. — De la coxalgie, Th. d'ogr., 1863.

Lannelongue. — Mémoire à la Société de chirurgie, 1882.

— Cliniques chirurgicales, 1905.

— Traitement de la coxo-tuberculose dans la phase de début. Bull. Académ. méd. Paris, 1907.

— Coxo-tuberculose. Leçons à la Faculté.

Lejars. — Leçons de chirurgie. Paris, 1895.

Lewiasch. — Endresultate konservativer Cehandlung der tuberkulosen coxitis. Leipzig, 1906.

Marcou. — Traitement de la coxalgie technique. Rev. int. méd. et chir. Paris, 1908.

Martin et Colineau. — De la coxalgie ; de sa nature ; de son traitement, 1865.

Maucclair. — Etude d'ensemble sur l'anatomie et la physiologie pathologiques des ostéo-arthrites tuberculeuses. Gaz. des Hôp., 1892.

Ménard. — Etude sur la coxalgie.

Mencièrè. — Ce que doit être le traitement moderne de la tuberculose articulaire et particulièrement de la tumeur blanche du genou et de la coxalgie. Gaz. méd. de Paris, février-mars 1903.

Ollier. — Traité des résections, Paris 1891.

Peyton. — Tubercular joint and their treatment. J. Am. M. Ass. Chicago.

- Phelps.* — Traitement des arthrites tuberculeuses et purulentes par le drainage avec des tubes de verre et par l'acide phénique pur. Rev d'orthop., 1901,
- Pravaz* (Paul). — Du traitement des arthrites tuberculeuses par les injections de glycérine iodoformée, Thèse, Lyon, 1903.
- Primrose.* — The treatment of tuberculous arthritis. Canad. J. M. and S. Toronté, 1908,
- Pujol.* — Sur la technique des injections médicamenteuses dans l'article de la hanche. Toulouse méd., 1908.
- Reboul.* — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses. De l'emploi des antiseptiques et en particulier du naphthol camphré. Thèse, Paris, 1889-1890.
- Redarp.* — Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses par les injections antiseptiques péri et intra-articulaires. Gaz. des hôp., Paris, 1898.
- Renaud.* — Du traitement de la coxalgie à son premier état. Strasbourg, 1870.
- Risacher.* — Contribution à l'étude du thymol camphré comme agent de fonte des fongosités tuberculeuses. Thèse, Paris, 1906-1907.
- Stern.* — The conservative treatment of tubercular arthritis in children. Ohio M. J., Colombao, 1907.
- Taylor.* — The treatment of tuberculous joint diseases. Post-Graduate. N. Y., 1907.
- Villémin.* — Traitement de la coxalgie. Bull. méd., 1908.
- Vincent* (E.). (de Lyon). — Contribution clinique à l'étude de la résection pathologique de la hanche. Paris, 1895.

